



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
CNPJ: 05.133.863/0001-50
2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000

PORTARIA N.º363/2021

O Sr. ALDRIN FERREIRA NUNES, Prefeito do Município em exercício, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

CONSIDERANDO: a necessidade da Sra. TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de transportar a paciente, encaminhada do Hospital Municipal “Menino Deus”, em busca de tratamento médico na Capital do Estado.

RESOLVE:

Art.º 1.º - Conceder 01 uma diária no valor de R\$ 100,00 (duzentos reais) para o dia 08/07/2021, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


Art.º 3.º - Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Soure

Em, 08 de Julho de 2021.


ALDRIN FERREIRA NUNES
Prefeito Municipal

Ciente:


TARSILA ANASTASIA FELIPE DIAS
CPF: 020.923.662-03

transito + jcau 08/10/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº
133.863/00015
OSPITAL MUNICIPAL
"MENINO DEUS"
End.: 81 RUA S/Nº
CEP: 68.870-000
Soure - PA

Handwritten signature and date: 20/10/21

1 DO: H.M.M.D
PARA: Hospital Maradei

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: Lucelia de Fátima da Silva MATRÍCULA:
IDADE: 45 anos SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO: Do lar NATURAL:
RESIDÊNCIA: Vila do Periquito ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: (12/2022) 2107 FONE:

3 MOTIVO
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Paciente vítima do acidente
do moto apresenta dor intensa
no região do tornozelo e dor
apresente dor na cabeça, hematuria, e dificuldade
de movimento do membro inferior direito.
Encaminhado para ortopedia.

CONTRA REFERÊNCIA
Dr. Jun R. Espinoza M.
Médico
CRM-PA 11452

1 DO:
PARA:

2 IDENTIFICAÇÃO
NOME: MATRÍCULA:
IDADE: SEXO MASC. FEM. ESTADO CIVIL: NA UNIDADE DE ORIGEM
RESIDÊNCIA: (MUNICÍPIO RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE ZONA: URB. RUR
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

3 ENTRADA
DATA:/...../..... HORA: RESPONSÁVEL ASSINATURA:
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE - ACOMPANHADO DESACOMPANHADO
 ANDANDO NORMAL ANDANDO APOIADO CARREGADO CONSCIENTE
 INCONSCIENTE SEMI-CONSCIENTE MORTO-SINTOMAS E SINAIS
PRESENTES AO CHEGAR:

4 OBSERVAÇÕES

NÃO INTERNADO
MOTIVO: